服务对象首字母签名：_____ 日期：_____ / _____ / _____

COUNTY OF LOS ANGELES Public Health

物质滥用预防与控制

物质使用障碍健康信息披露补充授权个人/实体

文件目的：本表格属非强制表格，仅应在《联邦法规汇编》第 42 编第 2 部（42 CFR Part 2）允许的范围内，用于授权除附件的信息揭露同意书（Release of Information，ROI）表格所列实体外，额外指定的个人或实体共享您的受保护物质使用障碍（SUD）健康信息。附件 ROI 所载的目的、限制及条款均适用于本文件，包括生效日期、到期日期或期限，以及撤销日期。本表格须于签署 ROI 时填妥，并附于该份 ROI 上。本表格不得增补至现有 ROI 中，亦不得与现有 ROI 一并使用。

请在下文注明您要将授权个人或实体新增至哪一份 ROI 中：

☐SAPC 治疗与照护协调信息揭露授权书 **或** ☐SAPC 法律程序信息揭露授权书

I. 服务对象信息			
姓名（姓、名、中间名）：	出生日期：	Medi-Cal 编号：	Sage ID 编号：

II. 获授权共享健康信息的实体

请于下方空白处填写您授权披露受保护 SUD 信息的其他个人及/或实体的联络方式，该信息须与您所附的 ROI 表格上所载内容相符。

1. 实体名称：_____
   地址：_____
   电话号码：_____ 传真号码：_____
   电子邮件：_____ 网站：_____

2. 实体名称：_____
   地址：_____
   电话号码：_____ 传真号码：_____
   电子邮件：_____ 网站：_____

3. 实体名称：_____
   地址：_____
   电话号码：_____ 传真号码：_____
   电子邮件：_____ 网站：_____

4. 实体名称：_____
   地址：_____
   电话号码：_____ 传真号码：_____
   电子邮件：_____ 网站：_____